

熊本県不育症検査費助成事業補助金交付要項

(趣旨)

第1条 知事は、国が定める母子保健医療対策総合支援事業実施要綱に基づき、先進医療に位置付けられた不育症検査を対象に、不育症検査に要する費用の一部助成を行うものとし、その交付については、熊本県補助金等交付規則（昭和56年熊本県規則第34号）に定めるもののほか、この要項に定めるところによるものとする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は熊本県とする。

(助成対象者)

第3条 この要項による助成を受けることができる対象者は、熊本県内（熊本市を除く）に住民票を有し、既往流死産回数が2回以上の者とする。

(対象となる検査)

第4条 流死産の既往のある者に対して先進医療として行われる以下の不育症検査であつて、当該検査の実施機関として届出または承認がなされている保険医療機関で実施するもの（保険適用されている不育症に関する治療・検査を、保険診療とし実施している医療機関で当該検査を実施した場合に限る。）を対象とする。

(1) 流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）（令和4年11月30日厚生労働省告示第340号）

(2) 抗ネオセルフ 2 グリコプロテイン 1 複合体抗体検査（令和7年5月30日厚生労働省告示第167号）

(助成内容)

第5条 一回の検査に係る費用の7割に相当する額（千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。）ただし、6万円を上限とする。

(助成の申請)

第6条 規則第3条第1項の申請書は、別記第1号様式（熊本県不育症検査費助成事業申請書）によるものとし、知事に申請するものとする。

2 規則第3条第2項の添付書類は次の各号のとおりとし、その様式は、当該各号に定めるところによるものとする。

一 熊本県不育症検査費助成事業受検証明書（別記第2号様式）

二 不育症検査を実施した保険医療機関等が発行した領収書で、検査費の額、実施日、検査内容等が記載されたもの

三 熊本県内（熊本市を除く。）に住所を有することを証する書類（住民票の原本）

(申請期間)

第7条 前条の規定による申請期間は原則として不育症検査が終了した日の属する年度の末日までとする。

(助成額の決定及び通知)

第8条 規則第6条の規定による助成額の交付決定の通知は、熊本県不育症検査費助成事業交付決定通知書(別記第3号様式)又は熊本県不育症検査費助成事業不承認通知書(別記第4号様式)により行うものとする。

(実績報告)

第9条 規則第13条の実績報告は、熊本県不育症検査費助成事業受検証明書(別記第2号様式)をもって代えるものとする。

(助成額の確定及び確定通知)

第10条 規則第14条の規定による助成額の確定及び確定通知は、熊本県不育症検査費助成事業交付決定通知書(別記第3号様式)又は熊本県不育症検査費助成事業不承認通知書(別記第4号様式)をもって代えるものとする。

(請求)

第11条 知事が前条により助成額の確定をした場合には、助成金の請求は第6条に規定する熊本県不育症検査費助成事業申請書(別記第1号様式)及び熊本県不育症検査費助成事業受検証明書(別記第2号様式)をもって行ったものとする。

(助成金の返還)

第12条 知事は、申請書に虚偽の記載をするなど、不正な手段をもって助成を得たものに対し、その返還を求めることができる。

2 前項の規定により返還請求を受けたものは、速やかに知事に返還しなければならない。

(秘密保持)

第13条 本事業の関係者は、申請等事務手続きに当たって、助成を受けようとする者の心理及びプライバシーに十分配慮し、本事業について知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

(雑則)

第14条 この要項に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要項は、令和3年6月8日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

この要項は、令和5年2月20日から施行し、令和4年12月1日から適用する。

この要項は、令和8年4月16日から施行し、令和8年4月1日から適用する。

熊本県不育症検査費用助成事業申請書

年 月 日

熊本県知事 様

「不育症検査費用助成検査受検証明書」に記載の検査結果等について、個人が特定されない形で国に提出し、国がその情報を施策の検討に活用するため集約・分析等を行うことについて同意の上、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

申請者氏名	ふりがな ()		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)								
住所	〒 電話番号 ()												
申請金額	<table border="1"> <tr> <td>金</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>				金							円	(助成上限額: 60,000 円)
金							円						
振込口座申出欄	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店・出張所名		本店 支店 出張所							
	預金種別	普通 当座		(ふりがな) 口座名義人		()							
	口座番号					申請者の口座に限ります。 (右詰めで記入してください)							

添付書類(チェックを入れてください)

- 熊本県不育症検査費用助成事業受検証明書(別記第2号様式) 主治医が記入
- 不育症検査を実施した医療機関等が発行した領収書で、検査費の額、実施日、検査内容等が記載されたもの。(原本)
- 住民票(原本) 個人番号(マイナンバー)のっていないもの。 3か月以内に交付されたもの。
- 振込口座が確認できるもの(通帳の写し等)

(以下、行政記入欄)

受付印

--	--	--	--	--

熊本県不育症検査費用助成事業受検証明書

下記の者について、不育症検査費用助成事業の対象となる検査(流産の既往のある者に対して先進医療として行う不育症検査)を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

当医療機関は、保険適用となっている不育症に関する治療・検査について、保険診療で実施している。

下記の検査費用には、熊本県以外の自治体からの助成を受けるために証明した金額を含んでいない。(上記の2点を確認の上、 にチェックを入れてください。確認が無い場合は、助成を受けられません。)

(ふりがな) 受検者氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
既往流産回数	回 今回の流産を含む(助成金の対象者となるのは2回以上の場合)		
今回の妊娠における 不妊治療の有無	有(治療期間 年 ヶ月)・無・不明		
今回の妊娠における 不育症治療の有無	有(治療内容:)・無		
検査の実施日及び 結果 (実施した検査のみ 記入)	流産絨毛・胎児組織染色体分析検査		
	実施日	年 月 日	
	結果	所見無(46,XX 46,XY)・所見有(内容:)・分析不可	
	抗ネトル 2 グリコ 01イ 複合体抗体検査		
	実施日	年 月 日	
	結果	陽性・陰性	
領収金額	今回の検査にかかった金額合計(先進医療部分に限る)		
	検査費用	領収金額	円

(以下、行政記入欄)

--	--	--	--

別記第3号様式（第8条関係）

子未来第 号
年 月 日

様

熊本県知事

熊本県不育症検査費助成事業交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症検査費の助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

記

金額 金 円

別記第4号様式(第8条関係)

子未来第 号
年 月 日

様

熊本県知事

熊本県不育症検査費助成事業不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった不育症検査費の助成について、下記理由により不承認とすることを決定したので通知します。

不承認の理由